

보건 서비스 및 섹션 504 조정 지침
뉴욕시공립학교 학생 대상
 2026-2027 학년도

모든 학부모 및 보건 케어 담당자(Health Care Practitioner)에게:

뉴욕시 교육청(DOE) 및 학교 보건 담당실(OSH)에서는 특수한 보건 필요를 가진 학생들에게 보건 서비스를 제공하기 위해 협력하고 있습니다. 자녀분에게 IEP 또는 1973년 재활법 섹션 504에 따른 보건 서비스 또는 의료 조정이 필요한 경우 본 패킷에 동봉된 적용되는 양식(들)을 작성해 주십시오. OSH는 매 학년도 마다 투약 양식 및/또는 처방 치료 양식을 갱신할 것을 **요구합니다**.

이 양식들이 자녀에게 필요한 경우 보건 케어 담당자가 작성하도록 하십시오. 모든 양식에 필요한 서명이 되었는지 확인하십시오:

1. **약물 투여 양식(Medication Administration Forms: MAF)** - 이 양식은 자녀분이 학교에서 투약이나 치료를 받을 수 있도록 자녀의 보건 케어 담당자가 작성합니다.
 - 다섯 가지의 MAF가 있습니다: **천식, 알레르기, 당뇨, 발작 및 일반.**
 - 학교 간호사/교내 보건 센터에 작성하신 양식들을 제출하십시오.
2. **의료 처방 치료(비-약물) 양식** - 이 양식은 자녀의 보건 케어 담당자가 작성하는 것으로서, 학교에서 튜브로 음식섭취를 위한 카테터 삽관이나 석션(흡입) 등의 특수 의료 절차를 요청하는 것입니다. 이 양식은 모든 전문 간호 조치 요청을 위해 사용할 수 있습니다.
 - 학교 간호사/교내 보건 센터에 작성하신 양식들을 제출하십시오.
3. **섹션 504 및/또는 의료 조정(들) 요청 - 새로운 또는 수정된 보건 서비스(MAF 또는 의료 처방 치료 양식과 함께)** 또는 엘리베이터 사용, 시험 조정 및 보조교사 서비스와 같은 조정을 요청하시려면 이들 양식을 작성해 주십시오.
 - 작업 치료, 물리 치료, 스피치 및 언어 치료, 카운슬링 등 관련 서비스 요청에는 이 양식을 사용하지 **마십시오**.
 - 세 가지 양식을 반드시 작성해야 합니다:
 - 504 조정 학부모 요청(IEP 학생의 경우 필요하지 않음)
 - HIPAA에 따른 건강 정보 공개 승인 및
 - 자녀의 보건 케어 담당자가 작성하는 **의료 조정 요청 양식(Medical Accommodations Request Form: MARF)**. 이 양식은 조정을 요청하는 **모든** 학생들을 대상으로 작성되어야 합니다.
 - 작성하신 모든 양식은 학교의 담당 504 코디네이터 또는 IEP 팀에 제출하십시오.

학부모:

- 자녀의 보건 케어 담당자에게 자녀에게 필요한 모든 양식의 작성을 부탁드립니다(MAF 및/또는 의료 처방 치료 양식 등).
- MAF 및 의료 처방 치료 양식은 반드시 매년 작성해야 하며 **새 학년도를 위해 학교 간호사/교내 보건 센터에 2026년 6월 1일까지 제출하십시오. 이 날짜 이후 제출된 양식은 처리가 지연될 수 있습니다.**
- IEP를 가진 학생:
 - 서비스 변경이 필요하다면 반드시 의료 조정 요청 양식을 작성해야 합니다.
 - **IEP 팀의 검토가 필요한 양식은 반드시 자녀의 IEP 미팅 최소 한 달 전 제출해야 합니다.**
- 보관 약품(알뷰테롤, 플로벤트, 에피네프린)은 교내에서 OSH 직원만 사용할 수 있으며 MAF 작성이 요구됩니다. 귀하는 반드시 자녀의 에피네프린, 천식 흡입기 및 기타 승인된 자가 투약품을 학교 견학 및/또는 학교 후원 방과 후 프로그램에 자녀 편에 보내셔야 합니다.
- **이런 서비스를 받기 위해서는 MAF 및 치료 양식 뒷면에 서명하여 동의를 해 주셔야 합니다.**
- **MAF 양식 좌측 상단에 자녀의 최근 사진을 부착하십시오.**

질문이 있으시면 자녀의 학교 간호사, IEP 팀(해당되는 경우) 및/또는 학교 504 코디네이터에게 문의하십시오.

보건 케어 담당자: 뒷면 참고.

보건 서비스 및 섹션 504 조정 지침
뉴욕시공립학교 학생 대상
 2026-2027 학년도

보건 케어 담당자 의료 조정 요청 양식 작성 방법

본 양식을 작성하실 때에는 반드시 이 지침에 따르십시오:

- 귀하의 환자는 다수의 보건 케어 담당자에 의해 치료될 수 있습니다. 본 양식을 작성하는 보건 케어 담당자는 서비스가 요청된 질환을 치료하는 사람이어야 합니다.
- 본 양식은 반드시 학생을 치료한 적이 있고, 본 요청의 근거로서 제시된 의학적 진단과 관련하여 임상정보를 제공할 수 있는, 면허가 있는 보건 케어 담당자(MD, DO, NP, PA)가 작성해야 합니다. 양식은 학부모/보호자가 작성할 수 없습니다. 레지던트는 양식을 작성할 수 없습니다.

조정을 위한 모든 요청은 의료적 필요에 근거해야 합니다. 답변은 완전하고 정확하게 하십시오. **의료적 조정을 위한 모든 요청은 학교 보건 담당실(OSH) 클리닉 직원이 검토한 후, 내용을 명확하게 하기 위하여 추가 질문이 필요한 경우 연락할 것입니다.**

- 대부분의 교육청 학교에는 학교 간호사가 있습니다. 1:1 간호 요청은 케이스 바이 케이스로 검토합니다.
- 본 양식의 모든 정보를 명확하게 입력하시거나 인쇄체로 기입하십시오. **읽을 수 없거나, 불완전하거나, 서명이나 날짜가 없는 양식은 처리될 수 없으며, 학생의 부모나 보호자에게 반송됩니다.**
- 학생의 임상적 관련이 있는 정식 병명과 현재 진단을 제시하십시오.
- 학교 생활 중, 또는 통학 중에 학생에게 영향을 줄 수 있는 진단/증상, 의료적 문제 및/또는 행동 문제를 설명하고 이로 인한 학생의 한계 및/또는 필요한 증재도 적어주십시오.
- 요청된 조정과 관련 있는 특수 서비스 및 추천에 관한 입증 서류 및 검사 결과가 있으면 첨부하십시오.
- **학교에서 지내는 동안이나 기타 학교 후원 프로그램 및 활동에 필요한 서비스만 요청하십시오.** 학교 시작 전, 방과 후, 또는 가정에서 투여할 수 있는 약품은 요청하지 마십시오.
- 학생에게 투약이나 처치가 필요한 경우, 모든 관련 투약 양식(MAF) 및/또는 의료 처방 치료 요청 양식을 작성하여 제출하십시오. 투약 지시는 구체적이고 명확히 기재되어야 합니다. 이렇게 해야만 학교 간호사가 임상적으로 책임있게 투약을 실시할 수 있습니다.
- 대안 약품 요청은 케이스 바이 케이스로 검토합니다.
- 귀하의 성명을 명확하게 인쇄체로 기재하고 뉴욕, 뉴저지, 또는 코네티컷 주 면허 및 NPI 번호도 기재하십시오.
- 의료 조정 요청 양식에는:
 - 본 요청과 관련하여 더 자세한 설명이 필요할 때 귀하에게 연락할 수 있는 요일 및 시간을 명시하십시오.
 - 여기에 제공된 정보가 정확하다는 것을 입증하는 서명을 하십시오.
- 보관 에피네프린은 의무실이나 Pre-K의 경우 공동 이용 공간에 보관됩니다. 해당 학생의 처방 에피네프린은 표시된 대로 학생이 휴대합니다.

학생 스킬 레벨: 학생들은 학교에서 가능한 스스로 돌볼 수 있어야 합니다. 보건 케어 담당자들은 이 학생이 투약이나 처치 관련하여 간호사에게 의존적인지, 감독이 필요한지, 또는 독립적인지 판단해야 합니다.

- **간호사 의존:** 반드시 간호사가 투여. 약품은 일반적으로 의무실 내 잠금 장치가 있는 캐비닛에 보관됩니다.
- **감독 필요:** 성인의 감독 하에 스스로 투여합니다. 학생은 본인의 약품을 구분할 수 있고, 정확한 용량 및 투여 시기, 그리고 약품의 목적을 알고 있으며 투약하지 않았을 때 어떻게 되는지 설명할 수 있습니다.
- **독립적:** 스스로 약을 휴대하고 투여할 수 있습니다. 독립적인 학생은 학교 및 학교 견학을 포함한 기타 학교 후원 프로그램 및 활동 중 스스로 투약할 수 있음을 확인하는 이니셜을 기입해야 합니다. **학생은 통제 약물은 절대로 소지할 수 없습니다.**
- **스킬 레벨이 선택되지 않았을 경우, 학생의 보건 케어 담당자로부터 추후 지침이 있기 전까지 OSH 클리닉 직원은 해당 학생을 간호사 의존 학생으로 기본 지정할 것입니다.**

협조에 감사드립니다.